

Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können

Gahleitner, Silke Birgitta; Schigl, Brigitte; Gerlich, Katharina; Hinterwallner, Heidemarie

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gahleitner, S. B., Schigl, B., Gerlich, K., & Hinterwallner, H. (2014). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(1), 7-29. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56592-4>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

**Silke B. Gahleitner, Brigitte Schigl, Katharina Gerlich &
Heidemarie Hinterwallner**

Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden:

Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können

Auf der Basis einer Reihe von Wirksamkeitsanalysen wird davon ausgegangen, dass Psychotherapie für die behandelten PatientInnen in der Regel positive Wirkung zeigt. Weniger beforscht und bekannt sind unerwünschte Effekte und Nebenwirkungen in psychotherapeutischen Prozessen. An der Donau-Universität Krems ist ein Forschungsteam den potenziellen Risiken und Fehlerquellen in einem komplexen Forschungsdesign nachgegangen. Unerwünschte Wirkungen in psychotherapeutischen Prozessen treten demnach in einem gewissen Prozentsatz der Behandlungen auf. Negativen Verläufe kann daher nur präventiv und interventiv vorgebeugt werden. Wichtige Faktoren in der Fehlerprävention und -intervention sind Transparenz und Partizipation. Das für die therapeutische Praxis relevante Ergebnis wird im Artikel zur Diskussion gestellt.

Schlüsselbegriffe: Psychotherapieforschung, negative Therapieverläufe, Therapiefehler, Therapierisiken, Partizipation

Als ich schon etwas länger in der Gruppe war, wagte ich auch, Fragen nach Qualitätssicherung an den Therapeuten zu stellen, diese wurden abgetan als mangelnde Therapiebereitschaft meinerseits, sozusagen als Therapiewiderstände und Zeichen dafür, dass ich Angst hätte, mich einzulassen. Die Verträge für die Gruppentherapie wurden immer ein Jahr lang im Vorhinein abgeschlossen, früher auszusteigen, war unmöglich. Ich weiß nicht, ob das rechtlich überhaupt so in Ordnung war. Wenn es um die Unterzeichnung der Verträge für das kommende Jahr ging, wurde unterschiedlicher Druck ausgeübt und unterstellt, man/ frau würde die Therapie abbrechen. Der Therapeut vermittelte mir das Gefühl, dass ich kläglich scheitern würde, wenn ich nunmehr aussteigen würde. Der Therapeut benahm sich wie ein Sektenführer. Später



machte ich ganz andere Erfahrungen in einer Therapie. Meine letzte Therapie dauerte ein Jahr lang und war Einzeltherapie bei einer Frau, hier erlebte ich das Gegenteil, ich fühlte mich unterstützt, wahrgenommen und in meinem Selbstwert gestärkt

(Zitat einer Teilnehmerin der Onlinebefragung).

Hintergrund

In der Psychotherapie spielt, wie in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, Qualitätssicherung eine tragende Rolle (vgl. Laireiter & Vogel, 1998). Im Mittelpunkt gängiger Qualitätsprüfungen steht der effektive Nutzen für PatientInnen, üblicherweise erfasst durch Wirksamkeitsstudien. Auf der Basis breit angelegter Metaanalysen geht man seit ca. 40 Jahren davon aus, dass psychotherapeutische Interventionen – im Überblick betrachtet – für die behandelten PatientInnen positive Wirkung erzielen (vgl. Strauß & Wittmann, 2005) und verschiedene psychische Beeinträchtigungen mit unterschiedlichen Therapiemethoden erfolgreich behandelt werden können (vgl. Lambert, 2004).

Qualitätssicherung stellt jedoch für die psychotherapeutische Versorgung ein komplexeres Unterfangen dar, als die aktuelle auf randomized controlled trials fokussierte Forschungstradition der Psychotherapieforschung glauben machen möchte (vgl. dazu kritisch Otto, 2007; Eppler et al., 2011; Sommerfeld & Hüttemann, 2007; zusammenfassend Schröder & Gahleitner, 2012). Befragt man z. B. PatientInnen selbst über Behandlungsprozesse, wird deutlich, dass bei einem beachtlichen Prozentsatz der Behandlung auch unerwünschte Effekte auftreten (vgl. Leitner et al., 2009).

Unter der Vielzahl an Effektivitätsstudien sind allerdings kaum empirische Arbeiten zu finden, die sich systematisch mit Risiken und negativen Effekten beschäftigen (vgl. Lieberei & Linden, 2008), obwohl der aktuelle Stand der Forschung seit vielen Jahren keinen Zweifel daran lässt, dass Psychotherapie auch mit Symptomverschlechterungen und/oder Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen kann (vgl. Bergin,

1963; Eysenck, 1952; Kraus, 2010; Leitner et al., 2010). Gerade weil Psychotherapie wirkt, kann es folgerichtig auch zu Nebenwirkungen kommen.

An der Donau-Universität Krems, am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit, ist ein Forschungsteam potenziellen Risiken und Fehlerquellen in psychotherapeutischen Prozessen nachgegangen.¹ In einem komplexen Forschungsdesign wurden vier Jahre lang Daten aus unterschiedlichen Quellen gesammelt, ausgewertet und verglichen. Unerwünschte Wirkungen in psychotherapeutischen Prozessen treten demnach in einem gewissen Prozentsatz der Behandlungen bzw. unter bestimmten Bedingungen in der Psychotherapie auf. Wenn jedoch – so ein wichtiges Teilergebnis der Studie – PatientInnen angemessen informiert und in Entscheidungsprozesse eingebunden sind, können die Risiken minimiert bzw. schwierige Entwicklungen sogar zu einer Resource im therapeutischen Beziehungs- und Behandlungsgeschehen werden.

Dieses für den therapeutischen Prozess hochrelevante Ergebnis abseits der klassischen Wirksamkeitsforschung soll im Artikel entfaltet und zur Diskussion gestellt werden.

Risiken und Nebenwirkungen – was ist bekannt?

PsychotherapeutInnen schenken unerwünschten Therapieverläufen nur wenig Aufmerksamkeit (vgl. Kächele, 2011). Nach Busch und Lemme (1992) kann sich die Mehrheit (etwa 70%) gar nicht vorstellen, dass Nebenwirkungen existieren, sodass man in der Forschung inzwischen von ›Wahrnehmungsverzerrungen zugunsten der eigenen Fähigkeiten‹ spricht (Lieberei & Linden, 2008). Auch in einer aktuellen Studie zur Selbsteinschätzung von Walfish und Kollegen (2009) gab rund die Hälfte der befragten TherapeutInnen an, dass es niemals zu Verschlechterungen bei den eigenen PatientInnen komme.

Ein weiterer Grund für den unbefriedigenden Forschungsstand bezüglich unerwünschter Wirkungen von Psychotherapie liegt jedoch in der umfassenden Begriffsverwirrung (vgl. Jacobi, 2001). Während z. B. Kä-

chele und Grundmann (2011) strukturell bedingte Fehler, methodenspezifische Risiken und situations- oder personenspezifische Fehler voneinander unterscheiden, versuchen Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) eine Einteilung nach den Auswirkungen von Fehlentwicklungen und trennen in Misserfolge, unerwünschte Wirkungen oder Nebenwirkungen und Therapieschäden. Weitere, umfassendere, Systematiken sind bei Jacobi (2001) und Petzold und Märtens (2002) zu finden.

Aktuell scheint sich zumindest in der akademischen Diskussion ein zunehmendes Bewusstsein für unerwünschte Effekte in der Psychotherapie zu entwickeln (vgl. Kächele & Grundmann, 2011). In der Schätzung des Ausmaßes der Risiken und Schäden durch Psychotherapie herrscht jedoch noch Uneinigkeit. Nachdem Eysenck (1952) das Thema vor vielen Jahren provokant auf die Tagesordnung der Scientific Community gesetzt hatte, kam Bergin 1963 zu dem Schluss, dass sich der Zustand bei etwa 10% der PatientInnen während der Behandlung verschlechtert. 1980 zeigte eine Metaanalyse von Smith und KollegInnen (1980) negative Verläufe bei rund 12% der PatientInnen. Eine indirekte Schätzung aufgrund vorliegender Studien von Grawe und Mezenen (1985) kam zu einem Ausmaß von bis zu 30% Verschlechterungen. Dies entspricht ungefähr der Höhe negativer Verläufe von 27% bei Wallerstein (1986).

Ausgehend von aktuellen Metaanalysen und Untersuchungen schwanken die Zahlen der letzten diesbezüglichen Erhebungen zwischen 2-15% (Lambert et al., 2002) bzw. 5-10% (Lambert & Ogles, 2004), 21% (Lambert, 2007) und 29% (Märtens & Petzold, 1995). Kraus und Kollegen (2011) kommen in einer aktuellen Studie sogar zu einer noch kritischeren Einschätzung. Sie belegen, dass im Zuge der Therapie 11-38% der PatientInnen Verschlechterungen der Symptomatik aufweisen, die im Wesentlichen auf den Einfluss der behandelnden TherapeutInnen zurückzuführen sind.

In Bezug auf die Risikobedingungen kann nach Hoffmann und KollegInnen (2008) als Resümee aus einer Reihe weiterer Systematiken zwischen (1) patientInnenseitigen Ursachen, (2) therapiespezifischen Ursachen und (3) therapeutInnenseitigen Ursachen für unerwünschte Therapiewirkungen unterschieden werden. Dies korrespondiert mit den Fakto-

ren, die auch im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (aktuell in 5. Auflage: Lambert, 2004) seit 40 Jahren zur Erforschung psychotherapeutischer Prozesse diskutiert werden.

Im Folgenden sollen im Vordergrund der Reflexion insbesondere solche Aspekte stehen, die im dialogischen Geschehen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen begründet liegen, da die Ergebnisse der vorliegenden Studie diesbezüglich einen interessanten Schwerpunkt zutage gefördert haben, der auch in interdisziplinären Forschungs- und Theoriezusammenhängen psychosozialer Hilfeleistungen Beachtung verdient.

RISK-Studie: Fragestellung und Methodik

Das Projekt *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden* (RISK) an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit fokussierte auf folgende Fragestellungen:

- Welche Nebenwirkungen können bei einer psychotherapeutischen Behandlung auftreten, und wie häufig kommen sie vor?
- Welche konkreten Risikofaktoren, Ursachen oder Prädiktoren für Therapiemisserfolg, Schäden und Nebenwirkungen lassen sich identifizieren?
- Wie können negative Therapiefolgen möglichst früh aufgefunden und zukünftig verhindert werden?

Psychotherapie ist ein soziales Geschehen, und soziale Wirklichkeit wird in interaktiven Prozessen zwischen den beteiligten Subjekten stetig neu erzeugt, d. h. es ist wichtig, den Prozess der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung inkl. der darin vorhandenen subjektiven Deutungen zu verstehen. Zudem erfordert die »fallförmige Strukturiertheit« der Psychotherapie ähnlich wie in anderen psychosozialen Arbeitsfeldern eine reflexive »fallrekonstruktive Theoriebildung« (Kramer, 2000, S. 37). Forschung in der Psychotherapie, die neben quantifizierbaren Aspekten auch die subjektive Perspektive der Beteiligten einbeziehen will, muss daher multimethodisch vorgehen.

Im vorliegenden Projekt wurde folglich Wert darauf gelegt, mittels quantitativer wie qualitativer Methoden unterschiedliche Perspektiven im Forschungsdesign zu berücksichtigen: Die Sicht von PatientInnen, die Beschwerden führten, wurde aus vorhandenen Beschwerdedarstellungen qualitativ ausgewertet, die Sicht der PatientInnen, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden/befanden, wurde sowohl über einen paper-und-pencil-Fragebogen als auch über eine Onlineerhebung quantitativ wie qualitativ erfasst und die Sicht von PsychotherapeutInnen wurde in Form von Gruppendiskussionen eingeholt und qualitativ ausgewertet.

Die quantitativen Daten wurden deskriptiv wie auch inferenzstatistisch analysiert. Die qualitativen Daten wurden computergestützt inhaltsanalytisch (vgl. Mayring, 2000) bearbeitet – in Kombination mit einer vertiefenden induktiven Kategorienbildung unter Anwendung des Strauss'schen Kodierparadigmas (vgl. Strauss, 1987). Dies sollte ermöglichen, sich dem Gegenstand von verschiedenen Seiten zu nähern und ihn mittels Triangulation so weit wie möglich auszuleuchten.

Ergebnisse: Die Rolle der PatientInnen

Auch wenn die Verantwortung für Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie keinesfalls bei den PatientInnen angesiedelt werden kann, gibt es inzwischen interessante Hinweise darauf, wie groß der Einfluss von PatientInnen auf die Wirkung und Nebenwirkung psychotherapeutischer Prozesse sein kann. Dies gilt allerdings nur, wenn man ihnen im Psychotherapieschehen diesen Einfluss auch ermöglicht. Über lange Zeit hinweg (vgl. bereits Lambert & Bergin, 1994) hat sich die Forschung jedoch eher auf Persönlichkeitseigenschaften, Kompetenzen und Fähigkeiten von PatientInnen fokussiert, die diese bereits in den Therapieprozess einbringen: »[B]oth the person who provides and the person who receives psychotherapy are likely to influence its results« (Castonguay et al., 2010, S. 39).

Diese sog. PatientInnen-Eigenschaften erreichten jedoch selten verallgemeinerbare Bedeutung über verschiedene Methoden oder Settings

hinweg (vgl. Clarkin & Levy, 2004). Der Einfluss von PatientInnen liegt zudem nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht allein in mitgebrachter Veränderungsmotivation oder Reflexivität, sondern ebenso in deren unmittelbarer Mitarbeit am therapeutischen Geschehen. Dies gilt insbesondere für die Anfangsphase der Psychotherapie, in der entscheidende Aspekte der therapeutischen Beziehung sowie die sie tragenden formalen Settingbedingungen von TherapeutIn und PatientIn ausgehandelt werden. Dieser Einstiegsprozess inkl. der dort anfallenden Diagnostik kann mehr oder weniger dialogisch und partizipativ gestaltet werden und beeinflusst maßgeblich den weiteren Therapieprozess (vgl. für ein umfassenderes »diagnostisches Fallverstehen« Heiner, 2010; Osten, 2000; Überblick bei Gahleitner et al., 2013).

In der Psychotherapie gilt es dabei ähnlich wie in pädagogischen und sozialen Professionen sich mit der ganzen Person auf die KlientInnen einzulassen und diese »Nähe durch eine professionelle Distanzierung aufzubrechen, ohne gleichzeitig die erforderliche Nähe zu den Perspektiven der NutzerInnen zu verlieren« (Hanses, 2010, S. 364). Als Grundthema geht es dabei für beide PartnerInnen im therapeutischen Prozess um die schwierige Situation, einerseits als Hilfesuchende/r und Hilfe anbietende/r aufzutreten und sich andererseits als gleichberechtigte PartnerInnen in einem Vertragsprozess über eine Dienstleistung gegenüberzustellen. Dazu bedarf es der »Wahrnehmung und Brechung unterschiedlicher Wissensarrangements und Wissensordnungen« (ebd., S. 366), die sich in klinischen Handlungsfeldern entfalten. Hier ist diesbezügliche Reflexivität als »unverzichtbares [...] einzuklagendes Strukturmodell beruflichen Handelns im personenzentrierten sozialen Dienstleistungssektor« (Dewe, 2009, S. 100) zu begreifen.

Transparenz und Partizipation als Fehlerprävention

Das Ausmaß und die Sorgfalt des Einbezugs der PatientInnen in die Gestaltung des Therapiebeginns und -verlaufs sowie die kritische Reflexion der bestehenden Machtkonstellationen können nach den vorliegenden Ergebnissen jedoch auch als ein Prädiktor für das Auftreten von

Risiken und Nebenwirkungen verstanden werden: Je besser die Qualität dieser reflexiven Aushandlungs- und Mitgestaltungsprozesse, desto geringer schlagen eventuelle therapeutische Fehler oder Missverständnisse im weiteren Therapieverlauf zu Buche.

Fast die Hälfte der PatientInnen der quantitativen Online-Untersuchung fühlte sich jedoch nicht angemessen über Psychotherapie-Bedingungen informiert und nur unzureichend über unerwartete und möglicherweise belastende Veränderungen durch Psychotherapie aufgeklärt. Die fehlende Einsicht, wie wichtig es ist, PatientInnen umfangreich bzw. ihren Bedürfnissen entsprechend aufzuklären, ist nach den vorliegenden Ergebnissen ein sehr häufiges Problem unter TherapeutInnen. Interessanterweise korrespondiert dieses Ergebnis mit einem Hinweis aus den vorliegenden Gruppendiskussionen mit TherapeutInnen. Die TherapeutInnen nehmen bei den ›aktuellen‹ PatientInnen im Vergleich zu ›früheren‹ PatientInnen² eine steigende Tendenz zur aktiven Mitarbeit wahr.

Möglicherweise liegt diese zunehmende Mündigkeit der PsychotherapiepatientInnen im allgemeinen Trend, dass PatientInnen im Gesundheitswesen inzwischen stärker als mitredende und mitentscheidende GesprächspartnerInnen betrachtet werden denn als hilflose Wesen, die von allmächtigen BehandlerInnen von ihrer Krankheit befreit werden (vgl. Leitner, 2009). Auch die Institutionalisierung von Psychotherapie kann dazu beigetragen haben. Diese Veränderungen des NutzerInnenverhaltens der PatientInnen durch mehr aktive Partizipation am Therapiegeschehen werden zwar in der Literatur implizit beschrieben (vgl. Duncan et al., 2007), sind jedoch in der Psychotherapieforschung bisher kaum expliziter Fokus von Untersuchungen geworden.

In den quantitativen und qualitativen Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung wurde jedoch an vielen Stellen deutlich, wie sehr angemessene Informationen über Rechte, Pflichten, Vorgehensweisen und gesetzliche Grundlagen und -kodizes von Psychotherapie das Potenzial haben, Fehlerentwicklungen bereits präventiv einzudämmen. Erweitert man die Information in der Eingangsphase auf eine umfassende Sensibilisierung und Aufklärung der PatientInnen über Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie, könnten eventuell u. a. auch sexuelle Grenzüber-

schreitungen in der Therapie (vgl. Hoffmann et al., 2008) besser aufge-deckt werden. Wird das soziale Umfeld der PatientInnen dabei ebenso gründlich informiert, so können sie zudem die psychotherapeutische Beziehung besser einschätzen und verfangen sich z. B. nicht so stark in einengenden Abhängigkeiten zu den PsychotherapeutInnen.

Partizipation und dialogisches Arbeiten als Fehlerintervention

Die Synopsis der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legt über die Fehlerprävention und -intervention hinaus auch die Chancen korrekativen Verhaltens der PatientInnen in laufenden und bereits risikoträchtigen Therapieprozessen nahe. An dieser Stelle sei erneut hervorgehoben, dass den PatientInnen damit nicht die Verantwortung für den therapeutischen Prozess überantwortet werden soll. Mit angemessener Vorinformation und gezielter Offenheit der BehandlerInnen für korrektive Einflüsse von PatientInnenseite kann jedoch, so die Ergebnisse der Untersuchung, das psychotherapeutische Vorgehen produktiver gestaltet werden.

Eine partizipative, dialogische Vorgehensweise öffnet den Raum für zeitnahe und individuelle Rückmeldungen der PatientInnen zum therapeutischen Prozess (vgl. auch Hatfield et al., 2010). Bienenstein und Rother (2009) sprechen von »Alltagsfehlern«, nicht verhinderbar, aber begrenzt. Der in der therapeutischen Praxis beobachtbare mangelnde Raum für Partizipation ist umso bedauerlicher, da sich in Studien zur Qualität psychosozialer Versorgung die Komponente partizipativer Gestaltung als mächtiger Wirkfaktor erwiesen hat (vgl. Macsenaere et al., 2012; Macsenaere & Esser, 2012; Linden, 2011). Nötige Adaptionen oder Korrekturen können bereits im laufenden Prozess gesetzt oder auch eine zügige Beendigung unproduktiver psychotherapeutischer Bemühungen möglich gemacht werden.

Dieses Ergebnis der vorliegenden Untersuchung stimmt mit den Ergebnissen zahlreicher anderer Untersuchungen überein (vgl. Böhnke & Lutz, 2010; Hannan et al., 2005; Lambert et al. 2001, 2005; Lambert, 2010; Lutz et al., 2004). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung

geben jedoch auch Auskunft darüber, wie Signale im Hinblick auf negative Verläufe von TherapeutInnen aufgegriffen werden können und wie sich ein konstruktiver Umgang mit Fehlerentwicklungen gestalten könnte (vgl. zu ähnlichen Fragestellungen bereits Berking et al., 2006; Harmon et al., 2007; Lutz et al., 2006; Bienenstein & Rother, 2009). Unter Fehler seien hier alle jene Prozesse verstanden, bei denen durch ein inadäquates Verhalten der TherapeutInnen der Erfolg der Psychotherapie beeinträchtigt wird.

In unseren diesbezüglichen Daten haben wir drei Arten des Umgangs der TherapeutInnen im Prozess extrahiert: einen proaktiven Umgang, einen unreflektierten Umgang und einen ignoranten Umgang. Im Folgenden sollen diese Umgangsformen anhand qualitativer Daten der Untersuchung näher erläutert werden.

Proaktiver Umgang

Beim proaktiven Umgang wird ein Fehler den PsychotherapeutInnen durch Signale der PatientInnen bewusst – und sie reagieren adäquat darauf. Bei angemessener Reflexion des Fehlers kann dieser integriert und dadurch zuweilen sogar zu einem Erfolgsfaktor im weiteren Prozess werden. So können etwa durch die Rückmeldung der PatientInnen darüber, wie eine Intervention oder ein Verhalten der TherapeutInnen auf sie wirkt, wichtige Hinweise für die Behandlung offenbar werden. Die Chance auf Sensibilität gegenüber künftigen Fehlern steigt, die negativen Auswirkungen vermindern sich beträchtlich oder eliminieren sich, der weitere Therapieverlauf wird reguliert.

Das bestätigen auch die befragten TherapeutInnen in den Gruppendiskussionen der Untersuchung. Ein Diskutant sagt:

Wenn es passiert, wie wird damit umgegangen? Verleugne ich das einfach, sage mir: ›Nein, es war nicht so‹, und spreche es gar nicht an, bin froh, der Patient spricht es auch nicht an – oder wird damit umgegangen, und dann kommt eben raus [...]: Ist nicht deine Schuld, sondern meine. Und das ist man, denke ich, dem Patienten schuldig.

Eine andere praktizierende Therapeutin betont:

Wir sind in hohem Maße einfach angehalten, das sehr gewissenhaft und genau zu reflektieren [...]. Fallen gibt es hier viele.

In der Tat brechen nicht wenige PatientInnen nach leidvollen Erfahrungen mit fehlender Reflexivität die Therapie ab. Eine Patientin aus der Onlinebefragung beschreibt in der freien Antwortkategorie:

Ausgestiegen bin ich, weil ich den Eindruck hatte, wenn ich nicht aufpasse, könnte sie bei mir auch Schaden anrichten oder Zeit verschwenden – und wenn ich an ihrem therapeutischen Verhalten Kritik übe und sie das anscheinend nicht als Feedback verstehen konnte oder wollte, sondern mich auf meine Kosten als Antwort darauf ›therapierte‹.

Dass PatientInnen diese Fähigkeit oder Nichtfähigkeit zur Reflexion sehr wohl zu unterscheiden wissen, wird in der Aussage einer anderen Patientin deutlich:

Ich war vorher bei einer anderen Therapeutin, viele Sitzungen, viel Geld, und sie hat meine Probleme nicht erkannt. Nach meinem nervlichen Zusammenbruch [...] wurde mir empfohlen, die Therapeutin zu wechseln, und es ging von nun an steil bergauf.

Und sie setzt hinzu:

Es ist sehr schwierig, den richtigen Therapeuten zu finden.

Unreflektierter Umgang

Beim unreflektierten Umgang werden die Signale der PatientInnen nicht wahrgenommen, oder das Signal wird wahrgenommen, aber – etwa aufgrund mangelnder Kompetenz oder Persönlichkeitsstruktur – die PsychotherapeutInnen können nicht adäquat darauf reagieren. Durch das Nichterkennen entsteht ein Wiederholungsrisiko, die Auswirkungen durch die fehlende Integration in den Prozess können zu Schäden führen.

In den qualitativen Daten wird deutlich, wie negativ sich der fehlende Raum zur Rückmeldung auswirken kann:

Mein Therapeut hat in der zweiten Therapiestunde keine Daten von mir mehr gewusst, berichtet eine Klientin aus der Onlinebefragung, und mich anscheinend mit jemand anderem verwechselt, auch die Aufgabenstellung vergessen. Ich fühlte mich nicht ernst genommen. Außerdem hat er sich in erster Linie um das Finanzielle [...] sowie um die Einhaltung der Zeit gekümmert. [...] Da mein Mann auch Psychotherapeut ist, wollte er wissen, wie er zu Klienten kommt, wie er wirbt. Fühlte mich ›gefroren‹ und allein gelassen. Es ist mir hinterher sehr schlecht gegangen, und ich habe die Therapie abgebrochen. Habe damals überlegt, ob ich ihm nicht doch eine Rückmeldung geben sollte, noch dazu, wo er als Lehrtherapeut tätig ist.

Und eine andere Patientin berichtet von einer Rollenumkehr:

Da ich selbst ein guter Zuhörer bin, hat meine Therapeutin teilweise zu lange von sich gesprochen, bis wir auf mich gekommen sind, und das bei vollem Entgelt. Habe aber nie etwas gesagt.

Noch massiver beschreibt es eine weitere Klientin:

Meine Therapeutin hatte offenbar zweieinhalb Jahre lang ein anderes Therapieziel als ich verfolgt, was bei mir zu einer sehr schweren Krise führte, die ich durch den Abbruch der Therapie löste.

Ignoranter Umgang

Im Falle eines ignoranten Umgangs der PsychotherapeutInnen mit einem Fehler wird das als Fehler rückgemeldete Geschehen zwar bewusst zur Kenntnis genommen, das eigene (TherapeuteInnen-)Verhalten jedoch als unproblematisch eingeschätzt. Eine Reflexion oder Änderung des eigenen Verhaltens wird deshalb nicht erwogen. Hier entsteht eine doppelte Kränkung für die PatientInnen: Sie müssen erleben, wie ihre Wahrneh-

mung ignoriert und offenbar als unwesentlich abgetan wird. Zusätzlich leiden sie unter dem unverändertem Verhalten der TherapeutInnen. In dieser Kategorie besteht eine maßgebliche Wiederholungsgefahr, die das Risiko für die Entwicklung schwerer Schäden in der Regel multipliziert.

Für diese Kategorie gibt es bedauerlicherweise die meisten Beispiele in der vorliegenden Untersuchung, die von Ignoranz bis hin zu roher Gewalt das ganze Spektrum des Machtmissbrauchs durch TherapeutInnen aufzeigen. Ein Patient fasst das Geschehen kurz und knapp zusammen:

Immer wenn ich so weit war, die Therapie abzubrechen, hat mein Therapeut mich überredet weiterzumachen, hat mir Druck und Angst gemacht.

Eine andere Patientin erzählt von einem ähnlichen Geschehen:

Ich fühlte mich stark genötigt, die Therapie auf alle Fälle weiterzuführen, und konnte den Ausstieg nur durch einen anderen Therapeuten, den ich heimlich hinzuzog, schaffen. Ich fühlte mich sehr ausgeliefert. [...] Ich forderte mehrmals von ihr ein Klarstellen des Verhältnisses zwischen ihr und mir, und sie warf diese Antwort immer auf mich zurück, oder ich hörte leere Phrasen (›Wenn Sie es so wahrnehmen‹, ›Prüfen Sie nach, was denken Sie?‹). Ich war sehr verwirrt und verletzt, meine einzige Chance war, die Therapie abzubrechen. Nachdem ich aber viele Diagnosen gestellt bekommen habe von dieser Therapeutin, getraute ich mich fast nicht, ohne therapeutische Unterstützung durchs Leben zu gehen.

Über zielgerichtet zerstörtes Selbstbewusstsein berichtet auch ein Klient der Onlinebefragung:

Als sich nach vier Jahren bereits länger vorhandene Unstimmigkeiten verstärkten [...], wollte ich aufhören, was er ignoriert hat. Er hat verweigert, über ein Ende zu sprechen, hat meinen Wunsch, die Therapie abzubrechen und bei jemand anderem fortzusetzen, nur als vorübergehend bezeichnet und sich sehr bemüht,

hat viel gesprochen in dieser Zeit und war übersensibel. Daraufhin entschloss ich mich, die Therapie doch nicht abubrechen, weil es vielleicht besser wäre, mit ihm die Konflikte zu lösen, der mich doch so lange schon kannte (vier Jahre à vier Wochenstunden) und sich jetzt so sehr bemühte. Einen Monat später, als ich bereits wieder ›drinnen‹ war und nicht mehr an Abbruch dachte, hat Dr. P. von sich aus die Therapie abgebrochen, innerhalb von zwei Tagen. Ich habe mich dagegen ausgesprochen, der Abbruch kam mir jetzt unerwartet und gegen meinen Willen, ich hab ihn auch nicht verkraftet. [...] Er, dem ich so viel anvertraut habe, hat mein Vertrauen missbraucht und mich im Stich gelassen wie meine Eltern, als ich ein kleines Kind war. Er hat meine Geschichte und meine Traumata einfach wiederholt. Ich habe ihn wegen größerer Unstimmigkeiten schon früher zur Supervision aufgefordert bzw. ihn darum gebeten, ich glaube, er hat sie nie in Anspruch genommen.

Über Missbrauch und Gewalt in der Psychotherapie ist bereits viel geschrieben worden (vgl. Becker-Fischer & Fischer, 2008). Auch für diesen Bereich gibt es zahlreiche Belege in den Daten, von denen hier beispielhaft nur einer herausgegriffen werden soll:

Nach ca. fünf Jahren Therapie meinte die Therapeutin, die Abstinenzregel gelte nur für schlechte Therapeuten; sie jedoch sei gut genug, sich darüber hinwegzusetzen. Sie [...] begann parallel zur ›Therapie‹ eine ›Freundschaft‹ mit mir, was mir anfangs natürlich sehr geschmeichelt hat. Da sie körperlich starke Beschwerden hatte, erledigte ich alle Einkäufe für sie, machte ihre Buchhaltung, putzte ihre Wohnung, erledigte ihre umfangreiche Korrespondenz, begleitete sie zu Ärzten und Behörden – schließlich arbeitete ich jede Woche unentgeltlich 35-40 Stunden für sie (als Ausgleich dafür, dass ich eine von drei wöchentlichen Therapiestunden nicht bezahlen musste). Da ihrer Ansicht nach alle meine anderen Beziehungen, einschließlich meiner Partnerschaft, regressiven Mustern folgten, habe ich im Lauf der Zeit alle Freundschaften und

auch den Kontakt zu meiner Familie eingestellt und meinen Partner verloren, der gleichzeitig mit mir in Einzeltherapie bei derselben Therapeutin war. [...] Sie hat mich mehrfach geohrfeigt und einmal während einer Sitzung gewürgt. Ich habe mehrmals versucht auszusteigen, aber sie hat mich jedes Mal überzeugt, dass das nur Fluchtversuche wären, dass ich meinen destruktiven Anteilen folgen würde und dass ich ein liebloser, schlechter Mensch wäre, wenn ich sie im Stich ließe.

Die therapeutische Beziehung als zentrales Element der psychotherapeutischen Begleitung befördert neben dem Heilungspotenzial, so wird in diesen Beispielen deutlich, das höchste Gefahrenpotenzial: Das stärkste Agens für den Erfolg einer Psychotherapie kann auch zum Faktor ihres Scheiterns werden (vgl. zu Beziehungsstörungen als Ursache für Fehlentwicklungen in der Psychotherapie auch Omer, 2000). Abhängigkeitsdynamiken in der Therapie bergen das Risiko, auf PatientInnen Druck auszuüben, ihren Selbstwert zu gefährden und ihre emotionale Labilität weiter zu verstärken. Die Auswirkungen einer problematischen therapeutischen Beziehungsgestaltung und der Missbrauch von Macht werden auch von den ExpertInnen der vorliegenden Untersuchung als am schädigendsten eingeschätzt. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen diesen Zusammenhang in vielfacher Weise. Erkennen PsychotherapeutInnen jedoch im Dialog mit den PatientInnen oder in der Inter- und/oder Supervision Fehlentwicklungen frühzeitig und reagieren darauf proaktiv, können Fehlentwicklungen maßgeblich vermindert und verhindert werden.

Schlussgedanken

Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen Forderungen nach weiterer Erforschung unerwünschter Wirkungen sowie deren Prävention und Intervention. Sie geben vor allem deutliche Hinweise, dass in der psychotherapeutischen Arbeit eine aktivere, offenere Haltung von TherapeutInnen notwendig ist (vgl. Castonguay et al., 2010; Maeschalk & Axens,

2007; Sachse et al., 2012). Lieberei und Linden (2008) sehen zu Beginn dieser Entwicklungen zunächst die Förderung des Bewusstseins der PraktikerInnen darüber, dass es unerwünschte Effekte in der Psychotherapie überhaupt gibt, sowie den angemessenen Umgang mit erfolgten Fehlern durch eine fehlerfreundliche Kultur (vgl. Kleiber & Wehner, 1988).

Voraussetzung dafür in der laufenden Praxis ist, bereits zu Beginn einen offenen Umgang bzgl. Risiken mit den PatientInnen zu pflegen (vgl. Linden, 2011), um über die Transparenz PatientInnen sowie deren Umfeldpersonen die Möglichkeit zu geben, bei Fehlentwicklungen den Therapieprozess regulierend mitzugestalten. Dies ermöglicht PsychotherapeutInnen, Signale aufzugreifen und entsprechende Gegenmaßnahmen zu setzen. Therapie, so Linden (2011), sollte nebenwirkungsberücksichtigend erfolgen: »Nicht zu schaden ist damit zunächst einmal wichtiger als zu helfen« (ebd., S. 49).

Die Empfehlungen fordern – übergreifend betrachtet – eine wachsende Sensibilität gegenüber dem Thema und einen größeren Stellenwert in Supervision, Aus- und Weiterbildung. Dazu gehört auch, die Widerstände der PsychotherapeutInnen und der Therapie-Community gegen die Wahrnehmung unerwünschter Effekte ernst zu nehmen und Überlegungen anzustellen, wie bereits in der Ausbildung ein anderes Bewusstsein dafür geschaffen werden kann (vgl. dazu aktuell Kächele, 2011).

Die Daten der vorliegenden Untersuchung unterstützen diese Positionen und führen darüber hinaus zu Überlegungen, wie man das korrektive Potenzial der PatientInnen unterstützen und fördern könnte. Mehr Bereitschaft zu einer kooperativen Interaktion zwischen TherapeutInnen und PatientInnen ist nicht nur hilfreich (Duncan et al., 2007), um Therapie effektiver zu gestalten, sondern ebenso für die Fehlerprävention und -intervention. Wie mit bereits eingetretenen Schäden weiter umgegangen wird und inwiefern sie ein schädigendes Potenzial für die Zukunft entfalten, wird maßgeblich nicht nur von den PsychotherapeutInnen selbst, sondern auch von den PatientInnen und ihrem Umfeld mitgestaltet. Hier müssten weitere Untersuchungen folgen.

Aus den Ergebnissen der RISK-Studie können nachhaltige Schlussfolgerungen für die PatientInnenaufklärung (vgl. Kierein & Leitner, 2011)

gezogen werden. Als ein Ergebnis der Studie wurde daher eine PatientInneninformation³ erarbeitet. PatientInnen zu ermutigen, ihre Wahrnehmungen zuzulassen und in den therapeutischen Prozess einzubringen, ist zur Prävention negativer Verläufe definitiv hilfreich. Eine Förderung in diese Richtung kann präventiv Nebenwirkungen und Schäden begrenzen: Partizipation und dialogische Vorgehensweise erweisen sich damit als ein wichtiges Element der Qualitätssicherung in der Psychotherapie.

► Anmerkungen

- 1 Die Quellstudie dieses Artikels wurde am *Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit* an der Donau-Universität Krems unter der Projektleitung von Anton Leitner, in Kooperation mit Michael Märtens unter Mitarbeit von Claudia Höfner, Alexandra Koschier, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner, Gregor Liegl, Gerhard Hintenberger und Brigitte Schigl durchgeführt (vgl. Leitner et al., 2012; vgl. Forschungsbericht unter www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_25.9.12.pdf).
- 2 Die an der Untersuchung beteiligten TherapeutInnen deckten einen Behandlungszeitraum von über 20 Jahren ab.
- 3 Die PatientInneninformation kann unter: www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation_26.09.12.pdf heruntergeladen werden.

► Literatur

- Becker-Fischer, Monika & Fischer, Gottfried (2008). Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin. *Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse*, Bd. 18. Kröning: Asanger.
- Bergin, Allen E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10 (3), 244-250.
- Berking, Matthias, Orth, Ulrich & Lutz, Wolfgang (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 21-29.
- Bienenstein, Stefan & Rother, Matthias (2009). *Fehler in der Psychotherapie: Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis*. Wien: Springer.

- Böhnke, Jan R. & Lutz, Wolfgang (2010). War da was – oder doch nicht? Methoden zur Entwicklung veränderungssensitiver Kurzformen für Verlaufsmessung und Qualitätsmonitoring. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3 (1), 38-58.
- Busch, Ingrid & Lemme, Roswitha (1992). *Schulenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Einstellung der Therapeuten zur Wirkung von Psychotherapie?* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Technische Universität.
- Castonguay, Louis G., Boswell, James F., Constantino, Michael J., Goldfried, Marvin R. & Hill, Clara E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65 (1), 34-49.
- Clarkin, John F. & Levy, Kenneth N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In Lambert, Michael J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 194-226). New York: Wiley.
- Dewe, Bernd (2009). Reflexive Sozialarbeit im Spannungsfeld von evidenzbasierter Praxis und demokratischer Rationalität – Plädoyer für die handlungslogische Entfaltung reflexiver Professionalität. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert & Silke Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit* (S. 89-112). Wiesbaden: VS.
- Duncan, Barry, Miller, Scott & Hubble, Mark (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, 31 (6), 36-41.
- Eppler, Natalie, Miethe, Ingrid, & Schneider, Armin (2011). *Qualitative und quantitative Wirkungsforschung*. Opladen: Budrich.
- Eysenck, Hans Jürgen (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16 (5), 319-324.
- Gahleitner, Silke B., Hahn, Gernot & Glemser, Rolf (Hrsg.) (2013). Psycho-soziale Diagnostik. *Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung*, Bd. 5. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Grawe, Klaus & Mezenen, Urs (1985). Therapeutische Mißerfolge im Spiegel der empirischen Forschung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4 (4), 355-378.
- Hannan, Corinne, Lambert, Michael J., Harmon, Cory, Nielsen, Stevan Lars, Smart, David W., Shimokawa, Kenichi & Sutton, Scott W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 155-163.
- Hanses, Andreas (2010). Professionalisierung Sozialer Arbeit – Fragmente einer reflexiven Positionsbestimmung. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 8 (4), 357-375.
- Harmon, S. Cory, Lambert, Michael J., Smart, David M., Hawkins, Eric, Nielsen, Stevan L., Slade, Karstin & Lutz, Wolfgang (2007). Enhancing outcome for

- potential treatment failures: Therapist/client feedback and Clinical Support Tools. *Psychotherapy Research*, 17 (4), 379-392.
- Hatfield, Derek, McCullough, Lynn, Frantz, Shelby H. B. & Krieger, Kenin (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17 (1), 25-32.
- Heiner, Maja (2010). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (S. 237-250). München: Reinhardt.
- Hoffmann, Sven Olaf, Rudolf, Gerd & Strauß, Bernhard (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53 (1), 4-16.
- Jacobi, Frank (2001). Misserfolgsvorschau in der Verhaltenstherapie. In Ralf Dohrenbusch & Frank Kaspers (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323-346). Lengerich: Pabst.
- Kächele, Horst (2011). Einige (abschließende) Gedanken zum Fehlerbewusstsein der Profession. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13 (2), 109-114.
- Kächele, Horst & Grundmann, Esther Maria (2011). Editorial: Fehlerkultur. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13 (2), 5-8.
- Kierein, Michael & Leitner, Anton (2011). *Psychotherapie und Recht*. Wien: Facultas.
- Kleiber, Dieter & Wehner, Theo (1988). Fehlerfreundlichkeit: ein Plädoyer zur Vitalisierung nicht intendierter Ereignisse (Handlungsfehler, therapeutische Mißerfolge u. a.). In Dieter Kleiber & Armin Kuhr (Hrsg.), *Handlungsfehler und Mißerfolge in der Psychotherapie* (S. 18-33). Tübingen: DGVT.
- Kraimer, Klaus (2000). Die Fallrekonstruktion – Bezüge, Konzepte, Perspektiven. In ders. (Hrsg.), *Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 23-57). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kraus, David R. (2010). The empirically supported therapist: All clinicians have strengths and weaknesses. *Integrating Science and Practice*, 1 (1), 12-15.
- Kraus, David R., Castonguay, Louis, Boswell, James F., Nordberg, Samuel S. & Hayes, Jeffrey A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21 (3), 267-276.
- Laireiter, Anton-Rupert & Vogel, Heiner (1998). Einführung: Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Einblicke in die Werkstatt. In Anton R. Laireiter & Heiner Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 17-46). Tübingen: DGVT.

- Lambert, Michael J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lambert, Michael J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 1-14.
- Lambert, Michael J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, Michael J. & Bergin, Allen E. (1994). The effectiveness in psychotherapy. In Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, Michael J. & Ogles, Benjamin M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert, Michael L. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, Michael J., Hawkins, Eric J. & Hatfield, Derek R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für die Praxis und Forschung. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 40-59). Mainz: Grünewald.
- Lambert, Michael J., Hawkins, Eric J., Vermeersch, David A. & Whipple, Jason L. (2005). Die Auswirkungen eines Rückmeldesystems zur Erfassung des Therapiefortschritts von Klienten: Eine Zusammenfassung von vier, im klinischen Alltag durchgeführten Studien. In Joachim Kosfelder, Johannes Michalak, Silja Vocks & Ulrike Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 309-337). Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, Michael J., Whipple, Jason L., Smart, David W., Vermeersch, David A., Nielsen, Stevan Lars & Hawkins, Erik J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced. *Psychotherapy Research*, 11 (1), 49-68.
- Leitner, Anton (2009). Von der Compliance zur Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. *Integrative Therapie*, 35 (1), 71-86.
- Leitner, Anton, Liegl, Gregor, Märtens, Michael & Gerlich, Katharina (2009). *Effektivität der Integrativen Therapie*. Krems: Donau-Universität Krems.
- Leitner, Anton, Liegl, Gregor, Gerlich, Katharina, Koschier, Alexandra & Hinterwallner, Heidemarie (2010). Verschlechterung der Lebenszufriedenheit? Auch

Psychotherapie hat Nebenwirkungen! *Jatros Neurologie und Psychiatrie*, 18 (7), 38-42.

Leitner, Anton, Märtens, Michael, Höfner, Claudia, Koschier, Alexandra, Gerlich, Katharina, Hinterwallner, Heidemarie, Liegl, Gregor, Hintenberger, Gerhard & Schigl, Brigitte (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems.

Lieberei, Barbara & Linden, Michael (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102 (9), 558-562.

Linden, Michael (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In ders. & Martin Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie-manual* (S. 45-50). Berlin: Springer.

Lutz, Wolfgang, Lambert, Michael J., Harmon, S. Cory, Tschitsaz, Armita, Schürch, Eva & Stulz, Niklaus (2006). The probability of treatment success, failure and duration – what can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (4), 223-232.

Lutz, Wolfgang, Tholen, Sven & Kosfelder, Joachim (2004). Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25 (4), 438-459.

Macsenaere, Michael & Esser, Klaus (2012). *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten*. München: Reinhardt.

Macsenaere, Michael, Hiller, Stephan & Fischer, Klaus (2012). *Outcome in der Jugendhilfe gemessen*. Freiburg: Lambertus.

Maeschalck, Cynthia & Axsen, Rob (2007). But will it help those clients? Once skeptical about the value of regularly seeking client feedback, therapists at a public agency become true believers. *Psychotherapy Networker*, 31 (6), 42-43.

Märtens, Michael & Petzold, Hilarion G. (1995). Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Behandlungspraxis von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44 (10), 302-321.

Mayring, Phillip (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1 (2). Online-Publikation: qualitative-research.net/fqs/fqs.htm (Stand: 30.12.2012).

Omer, Haim (2000). Troubles in the therapeutic relationship: A pluralistic perspective. *Journal of Clinical psychology*, 56 (2), 201-210.

- Osten, Peter (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München: Reinhardt.
- Otto, Hans-Uwe. (2007). *What works? Expertise zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe.
- Petzold, Hilarion G. & Märtens, Michael (2002). Ausblick: Überlegungen, Perspektiven und Konsequenzen – Zum Stand der Risikendebatte in der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Schadensforschung. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 423-451). Mainz: Grünewald.
- Sachse, Rainer, Fasbender, Jana & Hammelstein, Phillip (2012). Wie sollte eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein? Eine Analyse didaktischer Erfordernisse. *Report Psychologie*, 37 (2), 50-53.
- Schröder, Martin & Gahleitner, Silke B. (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialer Arbeit. In Susanne Schlüter-Müller, Marc Schmid, Katharina Rensch & Michael Tetzner (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 128-141). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Smith, Mary Lee, Glass, Gene V. & Miller, Thomas I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press
- Sommerfeld, Peter & Hüttemann, Matthias (Hrsg.) (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Strauss, Anselm L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, Bernhard & Wittmann, Werner W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In Wolfgang Senf & Michael Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 760-781). Stuttgart: Thieme.
- Walfish, Steven, McAlister, Brian, O'Donnell, Paul & Lambert, Michael J. (2009). *Are all psychotherapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Wallerstein, Robert S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford.